追加問診票

* 接種当日に会場に持参して、提出してください。

新型コロナウイルス感染症対策と接種の安全対策のため、必ずご記入のうえ、提出してください。

接種時に付き添いで会場に入られる方も、この用紙をコピーしてご記入のうえ、提出してください。

体温

　　　　　　　　　　　　℃

**接種日：令和3年　　月　　日**

**お名前**

* 体温は、わきの下で測定する体温計で測ってください。

次の問診①～⑤の内、１つでも　あった　に○が付いた方は来場せず、接種日の変更を　お願いいたします。

また、体調に異変のある方は医療機関へ受診してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 本日及び14日以内に平熱より高い体温、あるいは体温が37.5℃以上の発熱がありましたか。 | あった | な い |
|  | 本日及び14日以内にだるさ(倦怠感)や息苦しさ(呼吸困難)がありましたか。 | あった | な い |
|  | 嗅覚や味覚の異常がありますか。 | あ る | な い |
|  | 本日及び14日以内に新型コロナウイルス感染症陽性とされた者との濃厚接触がありましたか。 | あ る | な い |
|  | 本日及び14日以内に同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいましたか。 | い た | いない |
|  | 本日より14日以内に県から発表される、「往来の必要について検討が必要な地域」への往来がありましたか。 | あった | な い |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 接種後、体調が悪くなった場合の緊急連絡先 | 続柄 | 電話番号 |
| 　 | 　 |
| 最終食事時間 | 　 |
| 持病のある方はかかりつけ医名 | 　 |
| 病気の既往歴 | 　 |
| アレルギーの有無 | ない　・　ある　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

* 会場で万一、救急搬送された場合は、この問診票と予診票に記載された内容について、医療機関に情報提供いたしますのでご了承ください。